FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° 172

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice RIVIÈREZ

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Né à Cayenne (Guyanue frse) le 26 juillet 1901

L'INONDATION PÉRITONÉALE

par rupture de grossesse tubaire

A FORME APPENDICULAIRE

Président : M. J. L. FAURE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	N...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT BEZANÇON ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique de Propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI. . . . .. Pathologie médicale.
ALGLAVE. . . . .Pathologie chirurgicale
AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
BASSET. . . . .Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN. . . Pathologie médicale.
BINET. . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BRANCA. . . . . Histologie.
BRULÉ. . . . . Pathologie médicale.
BUSQUET. . . . Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CHAMPY. . . . . Histologie.
CHIRAY. . . . . Pathologie médicale.
CLERC. . . . . Pathologie médicale.
DEBRÉ. . . . . Hygiène.
I. de JONG..... Anatomie pathologique
DUVOIR. . . . ... Médecine légale.
ÉCALLE. . . . ... Obstétrique.
FIESSINGER. . Pathologie médicale.
FOIX. . . . . Pathologie médicale.
GARNIER. . . . ..Pathologie expériment
HARVIER. . . . ..Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER. Urologie.

MM.

HOVELACQUE. Anatomie.
JOYEUX. . . . ... Parasitologie.
LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
LARDENNOIS. . Pathologie chirurgicale
LE LORIER... Obstétrique.
LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE. . . Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL. . Obstétrique.
LHERMITTE. . . Pathologie mentale.
LIAN. . . . . Pathologie médicale.
MATHIEU. . . . ..Pathologie chirurgicale
METZGER. . . Obstétrique.
MOCQUOT. . . Pathologie chirurgicale
MONDOR. . . . ..Pathologie chirurgicale
MOURE. . . . .Pathologie chirurgicale
MULON. . . . . Histologie.
PHILIBERT. . . Bactériologie.
RIBIERRE. . . Pathologie médicale.
RICHET Fils... Physiologie.
TANON. . . . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . . Obstétrique.
VERNE. . . . . Histologie.
VILLARET. . . Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT. . . Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . . . ..Obstétrique.

M. RETTERER. . . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITREPERMANENT

MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI.	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST.	Clinique chirurgicale.
RATHERY. . . .	Clinique médicale.
SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR NOÉMIE

A MA MÈRE CHÉRIE

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
MM. GILBERT, HARTMANN, OKINZIC
RIBIERRE, DELBET, RAVAUT
JULES RENAULT, LAPOINTE.

A MON MAITRE
le Docteur LAPOINTE

En témoignage de ma vive gratitude.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
M. J. L. FAURE

Très respectueux et reconnaissant hommage.

Aux Docteurs BONNET et ENGELHARD

En souvenir de l'année pleine de profits pour moi, passée avec eux à St-Antoine.

INTRODUCTION

L'erreur de diagnostic est la chose qui occupe le plus l'esprit du praticien. Et comme en médecine les malades réagissent de façon quelquefois fort différente, il est toujours bon de signaler des cas particuliers. Etant dans un service de chirurgie depuis deux ans, nous nous sommes attachés à prendre des gardes, et c'est ainsi que nous avons été amenés à avoir quelques surprises sur des diagnostics qui ne semblaient nullement sujets à caution. Nous savons bien que ce qui importe surtout en chirurgie, ce sont les indications opératoires. Il n'en est pas moins vrai cependant qu'il est utile de savoir à quelle lésion on a à faire.

Le sujet de cette thèse nous a paru particulièrement intéressant. Il semble que la grossesse extra-utérine, soit de plus en plus fréquente. Et sa symptomatologie classique n'est pas toujours réunie en clinique. On doit dans ces cas dépister cette affection car elle ne s'offre pas facilement à l'examen. C'est par une complication qu'elle se révèle la plupart du temps: la rupture ou l'avortement. Et l'interruption de cette grossesse anormale nous intéressera seule.

Nous pensons à ces malades qu'on transporte d'urgence à l'hôpital, avec un syndrôme douloureux abdominal devant lequel l'interne de garde doit poser une étiquette. Mais nous nous cantonnerons à ce qui se passe seulement du côté de la fosse itiaque droite, visant surtout le diagnostic différentiel d'appendicite avec une rupture de grossesse tubaire droite ou gauche. Nous disons bien droite ou gauche, car il découle de nos observations personnelles et de celles de chirurgiens bien plus autorisés que nous, qu'une rupture de grossesse tubaire gauche peut se réveler par des syptomes droits. Nous insistons dès le début sur ce point étant donné l'importance opératoire d'une telle confusion. Nous nous réservons d'ailleurs de le développer davantage par la suite.

Nous pensons, qu'en gynécologie, les grossesses ectopiques, doivent toujours être présentes à l'esprit du clinicien. Nous ne sommes pas de ceux qui de parti pris, ayant une idée fixe, trouvent toujours aux malades des symptomes qui cadrent bien avec le diagnostic qu'on veut faire. Nous voulons seulement dire que nous avons vu cette affection simuler tellement de choses, qu'il faut toujours y penser.

A part notre cas particulier qui a attiré l'attention de bien des auteurs n'a-t-on pas vu des grossesses extra utérines prises pour des salpingites, pour des fausse couches, même des fibromes. Il nous a été donné d'observer le cas d'une femme à qui on fait une laparatomie pour fibrome du segment inférieur que trouve-t-on ? Une poche pleine de caillots avec une trom-

pe gravide. Parturier ne pose-t-il pas le diagnostic de rupture tubaire dans sa sémiologie biliaire? Tout ceci seulement pour attirer l'attention sur l'importance de cette affection en clinique. Il serait intéressant d'envisager tous ces cas. Mais c'est beaucoup trop vaste. Nous essaierons seulement d'établir les éléments de diagnostic entre l'appendicite et l'hémorragie tubaire, qu'il s'agisse d'avortement qui donne, rarement, comme l'a montré Willette la grande inondation, ou la rupture. Nous avons pu réunir un certain nombre d'observations de différents auteurs. Il est certain qu'il doit en exister beaucoup d'autres. Seulement les publications à ce sujet n'ont pas été nombreuses. Comme tous les cas où il s'agit d'erreur de diagnostic, on a moins tendance à les faire connaitre que les résultats brillants.

Nous avons pu réunir quatre observations inédites prises dans le service de notre maitre le Dr Lapointe, une observation inédite qu'à bien voulu nous donner notre ami Lieutard, interne du Prof. Lejars. Nous nous sommes beaucoup inspirés des conseils de notre ancien interne et ami Bonnet.

Étude Clinique

L'interruption d'une grossesse ectopique peut se présenter avec le tableau typique d'une appendicite aigue. Outre les symptomes généraux et digestifs. elle peut se manifester avec tout le syndrome de la fosse iliaque droite: Ce syndrome est réalisé lorsque coexistent la douleur tant spontanée que provoquée, la défense musculaire l'hyperesthesie cutanée, quelquefois la perception d'une masse dans cette région de l'abdomen. Il est certain que c'est un aperçu schématique; et la clinique ne donne pas toujours cet ensemble de symptomes. Quel est d'ailleurs la maladie qui marche d'une façon constante avec son cortège de signes ? On peut dire que dans le cas qui nous occupe la douleur est le seul symptome local à peu près constant, comme dans l'appendicite.

La grossesse extra utérine même non rompue peut se réveler par des douleurs de la fosse iliaque droite. Ces douleurs sont plutôt sourdes, elles n'offrent pas la brusquerie de celles déterminées par la rupture ou l'avortement. Aussi en impose-t-elle pour une appendicite chronique, surtout si, comme dans un cas rapportée dans la thèse de Fesq 27, on perçoit une

masse haut située. Des cas de ce genre sont évidemment rares.

Tantôt il s'agit de grossesses rompues, pas assez pour donner lieu à des symptômes objectifs d'Hemorragie interne, mais suffisamment pour déterminer des réactions locales. Ce sont en quelque sorte des formes subaigues dont les manifestations simulent l'appendicite. On peut les ranger dans ce qu'Albertin et Desgouttes (2), ont décrit sous le nom de « grossesse tubaire avec trompe en voie de fissuration sous péritoneale, forme salpingite aigue ».

D'autre part, une grossesse extra-utérine peut fort bien s'interrompre et déterminer une hémorragie qui ne cure pas. Il s'agit de ces malades qui font une forte douleur au moment de la rupture de leur trompe, saignent pendant un certain temps et tout rentre dans l'ordre. Le sang épanché peut se résorber, mais donne la plupart du temps l'hématocèle. Toute la masse sanguine au lieu de s'organiser dans la partie la plus déclive du péritoine, le cul de sac de Douglas, peut bien à la faveur d'adhérances anciennes, ou pour toute autre raison s'enkyster ailleurs dans l'abdomen. Si la formation d'une telle poche a lieu au niveau de la fosse iliaque droite, le chirurgien n'a-t-il pas tendance à mettre sur le compte d'un plastron appendiculaire ou d'un abcès appendiculaire ce que percoivent ses doigts! De telles erreurs ont été commises. Launay et Seguinot (45) ont rapporté à la société de chirurgie en 1911, le cas d'une rupture de

grossesse extra-utérine droite rompue et en kyste remontant jusqu'à la région hépatique.

Il ne nous reste plus qu'à envisager le cas de l'inondation péritonéale simulant l'appendicite aigue.

Nous avons établi, le plus brièvement possible, les différentes façons de conclure appendicite là où l'intervention montre une grossesse tubaire rompue ou non. Nous nous attacherons seulement à parler de l'inondation péritonale. Cette petite classification a pour but de bien fixer les idées.

L'épanchement de sang libre dans la cavité péritonéale, par Hemorragie tubaire donnant lieu à des manifestations nettes d'anémie aigue, ne sera pas reprise dans sa symptomatologie. Notre but est seulement de grouper les symptomes fonctionnels, généraux et physiques propres aux deux affections que nous avons en vue, de montrer que les chirurgiens les plus avertis s'aidant d'examens les plus minutieux ne sont pas à l'abri d'une confusion, n'ayant aucun signe pathognomonique pour les guider.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

La douleur. — C'est le premier symptôme traduisant l'inondation péritonéale. Certains auteurs pensent qu'un interrogatoire soigné décèle presque toujours une cause occasionnelle à l'interruption de la grossesse ectopique. C'est tantôt un effort brusque, un traumatisme, un ébranlement de l'organisme, quel qu'il soit ; tantôt la congestion menstruelle, voire

une exploration chirurgicale etc. Tout ceci est vrai, mais il est aussi fréquent que la douleur n'ait aucune cause apparente. Dans nos observations la spontanéité de la douleur est de toute évidence. Aguinet (1) dit bien d'ailleurs que nombre de femmes sont frappées dans les périodes les plus calmes de leur existence sociale ou physiologique. Dans l'appendicité on a aussi signalé l'influence d'une digestion difficile, d'un repas copieux sur le déclanchement de la crise: Mais que de malades n'ayant rien changé aux conditions de leur existence sont prises de douleur appendiculaire. Ainsi dans les deux cas début sans cause apparente.

La douleur serait moins brutale dans l'appendicite Gasbarrini (30) donne justement ce caractère de début de la douleur comme élément de différenciation. Pour lui elle serait brusque dans la rupture tubaire et progressive dans l'appendicite. S'il est vrai que la douleur, atroce, syncopale, avec sensation de déchirure interne de certaines ruptures ne permet pas une erreur de diagnostic, ou conviendra que quelquefois l'une et l'autre affection ne provoquent pas de douleurs à caractères nettement tranchés. Est-ce que la localisation et l'évolution de ce précieux symptome nous donneront d'utiles renseignements ? C'est ce que nous allons voir.

Localisation. — Budin (9) parlant de l'appendicite et de la salpingite disait pour l'une maladie abdominale, pour l'autre maladie pelvienne. Faut-il nous

ranger à ces deux termes ? Dans la grande majorité des cas, oui. Mais il existe pas mal d'observations et les nôtres en font foi où la douleur siégeait dès le début dans la fosse iliaque droite et même avec un maximum au point de Mac Burney. Aguinet (1) la signale 7 fois ayant eu cette localisation d'emblée. Dans 2 observations de Gasbarrini, elle siégeait au point de Mac Burney ; dans celle de Bonnet, obs. 6, son siège était la fosse iliaque droite. Ce qui est surtout remarquable c'est que dans nos observations I, 4, et les 2 observations de Legueu (XXI), les douleurs du début étaient à droite alors que les ruptures siégeaint à gauche .

Il semble cependant bon de faire quelques réserves quant à l'interprétation du siège de la douleur que les malades nous indiquent au moment de l'examen. Il se peut que dans certains cas, durant un temps très court, la douleur se produise au niveau du siège anatomique de la trompe et qu'une viradiation dans la fosse iliaque droite fasse oublier son point de départ. Aguinet (1) avait déjà noté ces irradiations douloureuses. Choyau (17) dans sa thèse rapporte une observation de W. A. Scott où le diagnostic d'uleus perforé fut posé à cause d'une localisation douloureuse dans la région stomacale, d'une rupture tubaire. Récemment encore Amedée Laffont (47) dans un article très important cite plusieurs observations d'irradations douloureuses d'une variabilité extrême, fosse iliaque, lombes, épigastre, région rétro-sternale, extrémité antérieure de la 10e cote, région intersca-

pulaire, base de la nuque, etc. Mais il insiste sur le caractère tardif de cette douleur nettement indépendante de celle de la rupture et semblant liée à la distension de Douglas. Comment interpréter ces faits ? Nous avouons que l'explication en est difficile. Les Physiologistes nous seraient de grand secours. Laffont (47) émet l'hypothèse d'un reflexe douloureux d'ordre sympathique dont le point de départ serait le Douglas. Quoique il en soit que la licalisation soit primitive ou secondaire, cette douleur peut évoluer de différentes façons :

a) Où elle peut rétrocéder presque complètement au bout d'un temps assez court, pour reparaître ensuite ;

b) Où elle peut être continue ;

c) Où elle peut s'accroître en intensité. Les 2 dernières modalités sont plus propres à l'appendicite, la douleur qui disparait aussi subitement qu'elle éclate étant l'apanage de l'interruption de grossesse ectopique, surtout quand elle s'accompagne de syncope.

Guillaume (31) dans sa thèse distingue 3 stades dans l'évolution de la douleur dans ce dernier cas. 1° douleur syncopale, 2° syncopes anémiques, 3° généralisation de la douleur — péritonisme. — C'est bien schématique et le diagnostic est facile quand les phénomènes se succèdent de la sorte. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'insister plus loin sur l'importance des syncopes. L'examen objectif nous permettra de mieux préciser ce symptôme.

Douleur provoquée. — Elle peut-être diffuse avec prédominance dans la fosse iliaque droite; elle peut être nettement localisée à cette région. Dans le 1er cas, l'erreur la plus souvent commise est celle de péritonite par perforation appendiculaire, surtout quand il y a en même temps contracture des droits. Gasbarrini (30) l'a faite une fois. Aguinet (1) cite une observation de ce genre.

La douleur le plus souvent est réveillée seulement dans la fosse iliaque droite et nous savons que la douleur provoquée dans l'appendicite a son siège de prédilection au pt de Mac Burney. Cette localisation précise de la douleur à la palpation garde toute sa valeur dans cette affection. Dans l'inondation elle est plus diffuse, son intensité à peu près égale dans toute la fosse iliaque. Gasbarrini (30) aurait observé 2 fois une douleur vive au point de Mac Burney. Launay et Seguinot (45) citent en faveur de l'appendicite, sans y attacher une grande importance le signe de Rovsing: douleur provoquée au niveau de la région appendiculaire, en appuyant à gauche de bas en haut sur le colon descendant pour distendre la région cœcale. En somme rien de bien net comme élément de différenciation, d'autant plus que même dans les ruptures gauches la douleur provoquée peut siéger exclusivement à droite.

Dans les 2 cas la douleur peut s'accompagner de ce que Fesq (27) groupe sous le nom de syndrome péritonéal : Vomissements, arrêt des matières et des gaz, Hoquet dypsnée, etc.

Vomissements. — Les vomissements sont peut-être plus fréquents dans l'appendicite. Cependant dans nos observations inédites nous notons 2 fois ce phénomène. Aguinet (1) le cite dans sa symptomatologie de l'inondation peritonéale, Fesq (27) en parle, Gasbarrini (30), Celos (16) le citent, Cathomas (12) dans sa classification des symptomes le met dans l'ordre des symptomes d'irritation peritonéale. Bonnet (9bis), Lagueu (43), Launay et Seguinot (45) le trouvent dans leurs observations. Le caractère de ces vomissements revêt-il quelque chose de particulier dans un cas ou dans l'autre ? « Il n'y a pas de vomissements porracés dans la rupture de la grossesse extra utérine », dit Choyau (17) dans sa thèse. Il est fréquent en effet de constater plutôt des vomissements alimentaires. Cependant la malade de Bonnet (9bis) avait des vomissements, verdâtres non bilieux. Et la bile dans ce que rejette la malade peut se rencontrer quelquefois.

Les nausées. — Par contre existent presque toujours.

Le Hoquet. — N'est pas fréquent, nous ne le voyons pas dans nos observations inédites. Par contre

L'arrêt des matières et des gaz nous parait plus important. La constipation est un fait bien établi, et il est superflu de citer le nombre d'auteurs qui en par-

lent et de relever les observations où ce symptome est signalé.

L'arrêt des gaz est moins fréquent et d'une importance bien plus grande, étant donné que la question de l'intervention d'urgence est nettement posée dans ce cas. Car il est évident qu'une malade, qui a eu une douleur brusque, un arrêt des gaz, et d'autres symptomes concomittants qui nous retiendront plus loin, revet le tableau clinique de la peritonite. J. L.-Faure et Siredey (28) disent bien: « C'est ainsi qu'on a pu confondre l'inondation peritonéale avec la peritonite, l'occlusion intestinale, l'appendicite aigue ou perforante ». Les obs. 10 de Peyrot, 11 d'Aguinet, 19 de Cathomas, en attestent. Nous retrouvons l'arrêt des matières et des gaz dans les obs. 5, 6, 12. A tout cet ensemble de signes dus à l'irritation peritonéale se joignent parfois des

Troubles respiratoires. — Aguinet (1) insiste sur la dypsnée, la respiration superficielle qu'il cite comme un symptôme de pronostic grave; mais il ne parle pas de « sensation d'étouffement très marquée, probablement due à l'anémie bulbaire qui serait d'un pronostic très grave, lorsqu'elle est très accentuée ».

On a signalé dans quelques observations d'inondation peritonéale le Tenesme vesical et rectal, mais on trouve dans certaines appendicites pelviennes des symptomes de cet ordre.

SIGNES GENERAUX

Facies. — Fesq (27) dit : appendicite : hyperinfection ; inondation: hyperanémie. Nous sommes d'avis que le facies pâle avec décoloration des muqueuses est propre à l'inondation peritonéale, mais le facies plombé est aussi quelquefois observé. Nous nous rapportons pour cela aux observations 13, 14, 15. Cependant nous ne l'avons pas noté chez nos propres malades. Nous dirons avec Bonnet (9bis) qu'il n'y a là qu'une impression clinique parfois difficile à apprécier, mais cela constitue un excellent symptome, un des meilleurs.

Syncopes. — Tout le monde insiste sur l'importance des syncopes et c'est en effet capital. En les analysant de près, peut-être y trouverait-on un élément précis de diagnostic différentiel. Gasbarrini (30), Bonnet (9bis) insistent sur la syncope, la tendance à la syncope dans la grossesse extra utérine interrompue. Il faut distinguer deux modalités différentes de ce symptome :

a) La douleur syncopale peut être le mode de début, dans l'appendicite comme dans l'inondation. Dans ce cas rien de particulier, c'est un reflexe douloureux ;

b) Mais l'état syncopal dû à l'anémie ne se rencontre pour ainsi dire pas dans l'appendicite. C'est dire la valeur de ce signe. Ces malades éprouvent des malaises surtout à l'occasion des mouvements,

quelquefois d'un changement de position comme de les faire asseoir dans leur lit. C'est d'une grande netteté dans l'observation 6, dans notre observation personnelle, dans le n° 9 d'Alglave, le n°° 15 de Chevallier, le 17 de Gasbarrini.

C'est un phénomène qui est rarissime dans l'appendicite où la syncope n'a jamais tendance à se reproduire. L'anémie seule en est la cause et Cathomas (12) a raison de dire que l'anémie aigue est le symptome le plus important bien qu'au premier abord il soit parfois trompeur. C'est sur son compte qu'on doit mettre la soif intense, le refroidissement des extrémités et du bout du nez, les divers troubles sensoriels, tels que bourdonnements d'oreilles, amaurose transitoire, etc.

Pouls. — Il est classique et d'observation courante que le pouls soit accéléré à 120, 140 dans les grossesses extra utérines interrompues. Il est non moins classique que dans les appendicites graves, surtout dans la forme septique qui ne donne presque pas de température le pouls soit rapide, petit, filiforme Aussi ce symptome nous donne quelquefois peu de renseignements, surtout que l'accélération peut parfois être moins marquée dans l'inondation peritonéale. En attestent nos observations 1 et 3, l'obs. 20 de Cathomas. Dans ce cas on peut très bien se figurer avoir à faire à une crise d'appendicite sans haute gravité. Plus important pour nous serait le pouls grim-

pant qui se manifesterait avec plus de rapidité dans l'Hemorragie interne.

La fièvre. — C'est un symptôme sur lequel on a beaucoup insisté. Pour les uns touojurs dans la grossesse extra utérine rompue, il y a de l'hypothermie dès le début, et cette hypothermie irait en s'accentuant. Legueu (43) dit au contraire que presque toujours il y aurait de la fièvre avec ces accidents. H.-W. Longyear dit qu'une faible élévation de la température, hors de proportion avec les autres symptomes est caractéristique de la rupture d'une grossesse tubaire ». Les 2 cas sont possibles, de sorte qu'on ne peut pas établir de règles. Le premier est classique, le second l'est moins. Cependant à part les 2 observations de Legueu où les températures étaient de 38°5 et 38°, nous avons 2 de nos malades (obs. 3 et 4) qui ont eu 38° de fièvre, une autre (obs. 5) 38°5 Gasbarrini note de la fièvre dans l'obs. 16. Cathomas signale 40° de température pour sa malade dans l'obs. 9.

D'ailleurs même, dans le cas d'inondation peritonéale, que la temp. soit normale ou au dessous de la normale peut elle à coup sûr nous guider ? Non, car nous venons de voir que certaines formes cliniques d'appendicite ne donnent aucune réaction thermique et ce sont les plus graves. L'élévation de la température dans le cas de grossesse ectopique rompue serait tardive pour Pozzi (58), étant due à la résorption sanguine. Mais Routier, Tuffier, Hartmann (66)

ont montré la possibilité d'une ascension précoce de la temp. se rencontrant dans les cas d'hemorragie récente, abondante, le sang n'ayant pas subi d'altération. De nos observations il découle qu'il nous est difficile de dire si d'emblée l'élévation de la temp. est nette. Néanmoins au moment où l'on examine les malades une faible élévation aux environs de 38° est assez fréquente, et il est rare de constater une forte fièvre comme dans certaines appendicites.

Urines. — L'examen des urines ne peut donner aucun renseignement.

Sang. — Certains auteurs ont pensé que l'examen du sang pourrait par la quantité et la qualité des leucocytes nous permettre de faire la distinction entre les 2 affections qui nous intéressent. Caliri (15) trouve de la leucocytote transitoire dans le cas d'inondation. Laignel Lavastine (39) a signalé l'éosinophilie comme signe d'appendicite, mais on aurait prouvé par la suite que cette eosinophilie serait plutôt due à une helminthiase concomittante. De plus dans les services de chirurgie, surtout en cas d'urgence, il ne nous est pas toujours possible de faire des examens de sang.

Est ce que l'examen physique avec ses symptomes d'irritation peritonéale nous sera d'un plus grand secours, on serait en droit de l'espérer, mais on est bien deçu dans certains cas, comme nous le verrons.

SIGNES PHYSIQUES

L'abdomen n'a rien de particulier à l'inspection. Il est quelquefois un peu ballonné, la respiration abdominale existe la plupart du temps. Il est des cas où elle peut manquer, surtout quand les malades souffrent beaucoup.

L'Hyperesthésie cutanée est notée dans certaines observations et il y a rarement disparition des reflexes abdominaux.

Palpation :

Défense musculaire. — Bonnet (9bis) dit ceci: « La défense musculaire, localisée ou, tout au moins plus marquée dans la fosse iliaque droite est un excellent signe d'appendicite aigue ». Cependant il aurait trouvé de la défense musculaire dans son observation. Nous avons noté ce signe chez quelques unes de nos malades. Nous nous hâtons de dire que la fréquence en est moins grande que dans l'appendicite. Cette contracture musculaire peut s'observer sous des aspects différents. Elle peut être généralisée et dans ces cas c'est surtout au niveau des muscles droits qu'elle se manifeste. Il en était ainsi dans une observation de Launay et Seguinot (45).

La défense musculaire, quand elle existe pour les cas qui nous occupent siège dans la fosse iliaque droite. Dans nos observations 3 et 5 elle était nette, Alglave la note dans la sienne, Gasbarrini l'observe chez ses 2 malades, Cathomas (12) parle d'une résistance diffuse dans la fosse iliaque droite et Fesq (27)

dans son obs. 1 dit que l'abdomen était dur, tendu, surtout à droite. Ainsi même ce signe d'irritation peritonéale vient compléter le syndrome de la fosse iliaque droite propre à l'appendicite. Il est cependant moins fréquent que le ballonnement abdominal.

Indépendamment de cette contracture de défense, onpeut avoir la perception d'une masse, mais c'est alors l'hematocele et ceci ne peut concerner les malades qu'on voit peu de temps après la rupture de leur trompe.

Percussion. — Aguinet (1), Cestan (19), Choyau (17) ont donné comme un excellent signe d'inondation peritonéale la matité dans les flancs. Il est certain que ce symptôme, n'existe pour ainsi dire pas dans l'appendicite aigue; mais il n'est pas non plus d'observation courante dans l'inondation. Il faut d'après Celos (16) un épanchement de 1500 gr. environ pour donner cette matité. C'est la grande inondation dans ces conditions, et les autres symptomes sont assez nets par eux mêmes pour premettre le diagnostic. Cependant sur 6 observations de Muret (49) il y en a 5 où il signale ce signe.

La Percussion peut donner du tympanisme dû au ballonnement abdominal dont nous avons parlé précédemment.

Voilà le tableau des différents symptomes d'ordre général fonctionnel et physique. Tout ceci en dehors des modifications du système genital; chose d'une

importance capitale et que nous étudierons maintenant.

SYMPTOMES GENITAUX

L'Histoire des règles est la chose essentielle pour un diagnostic de grossesse tubaire. Plusieurs cas sont à envisager:

1° Nous avons à faire à *des malades de mauvaise foi.* Nous nous heurtons « aux protestations indignées des veuves incorrectes, aux dénégations formelles des demi-vierges » (Cestan (19). Par conséquent, aucun renseignement.

2°) *Malades bien réglées d'habitude :*

a) Où elles ne le sont plus et c'est un précieux symptome pour le diagnostic ;

b) Où elles continuent à l'être, alors toutes les erreurs sont possibles. Pinard (63, 64), n'est pas de cet avis, mais Aguinet (1) cite des observations de ce genre et Lenormant et Hartmann (40) sur 19 inondations péritonéales notent 5 fois l'absence de tout retard. Ces auteurs vont jusqu'à dire qu'on ne peut accorder qu'une valeur relative à la régularité de la menstruation.

Kakouchkine (38) signale 14 cas d'inondation avec règles absolument normales.

« Beaucoup de malades, comme le dit si bien J. L.-

Faure (28), prennent pour un retour de règles, les écoulements de sang passagers et fugaces qui surviennent au début d'une grossesse normale, ou ectopique. De plus on a remarqué que c'est souvent au moment précis qui correspond à l'époque où elles auraient du reparaitre ». C'est par un interrogatoire précis et minutieux qu'on s'apercevra des caractères particuliers de cet écoulement mis sur le compte des règles. Souvent il sera irrégulier, peu abondant, brunâtre, voire noirâtre, de durée variable, contenant quelque fois des petites menbranes. Cet écoulement peut être fugace, il peut persister assez longtemps. Il peut arriver encore que les malades aient des règles dont la durée et l'abondance paraissent exagérées et c'est ce qui attire l'attention de la malade. Le diagnostic de fausse couche se pose même dans ces cas-là. Il arrive aussi que les malades voient deux fois dans le mois, ce qui au 1er abord éloigne l'idée de grossesse. Cependant il faut se méfier de ces malades surtout quand le sang épanché est noirâtre.

3°) *Malades mal réglées d'habitude.* — Il n'y a rien de surprenant à ce que ces malades, ayant des règles irrégulières, n'attachent pas d'importance à un retard plus ou moins appréciable dans leur apparition. Il nous est impossible dans ces cas de compter sur le syndrome génital pour nous donner d'utiles renseignements.

4°) *Malades n'ayant pas de règles.* — Il en est ainsi chez les femmes qui allaitent et qui n'ont pas encore eu leur retour de couches. Notre perplexité

est encore plus grande quand il s'agit d'une femme en état de gestation normale averée chez qui éclatent les accidents, qu'on ne manque jamais de mettre sur le compte d'une appendicite. Nous publions une observation absolument caractéristique à ce sujet, de Page et Ferey. Sippel (69) a publié une observation où après salpingectomie pour grossesse extra utérine, il eut dans les mois qui suivirent un accouchement normal. J. L. Faure signala à la société de chirurgie un cas de Lapeyre où l'opération pour ablation d'une grossesse extra utérine eut lieu 15 jours après un accouchement normal. Il est inutile de dire tout l'intérêt de cette question. Ainsi la femme peut faire simultanément une grossesse utérine et une grossesse ectopique. Si celle-ci se rompt, c'est l'erreur fatale avec l'appendicite, quand elle donne tant soit peu de signes dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen. Nous nous empressons de dire que la littérature médicale ne renferme que peu d'observations de ce gnre. Les grossesses extra utérines doubles sont un peu moins rares.

Ayant envisagé les modalités différentes de la menstruation chez certaines malades, il nous reste à dire un mot des symptomes objectifs au moment où éclatent les accidents.

Ecoulement de sang au moment de la rupture. — Si la rupture a lieu au moment de la période menstruelle, on croit à l'apparition des règles et on fait le diagnostic d'appendicite, sachant comme l'a mon-

tré Soupault (70), que cette affection a tendance à se manifester au début des règles. Cet écoulement de sang quand il survient après un retard, prend une importance considérable comme élément de diagnostic entre la rupture tubaire et l'appendicite. Pour Bouilly (7) ce symptome sreait assez fréquent puisqu'il le signale 30 fois sur 48. Le sang peut être rendu en plus ou moins grande abondance. Certaines malades ont d'assez fortes hemorragies; chez d'autres au contraire, c'est le doigt qui explore qui ramène quelques pertes sanguinolantes. Le sang peut être rouge, fréquemment il est brunâtre. La malade peut rejeter des caillots, souvent pas du tout. Pour Pozzi (58), Bouilly (7), le sang rouge serait d'origine utérine, le sang noir d'origine tubaire. Ces metrorragies survenant avec des accidents brusques après un retard de règles, doivent bien retenir l'attention du clinicien. Le toucher systématiquement pratiqué aidera quelquefois pour le diagnostic.

Toucher. -- Cathomas (12) pense qu'un examen gynécologique ne porte rien à la certitude du diagnostic. J. L. Faure (28) dit qu' «Il est rare de trouver quelque chose de bien net par le toucher vaginal bi manuel ». Et Longyear (44) « Le toucher vaginal est un mauvais moyen de reconnaitre la présence du sang. »

Ainsi presque tous les auteurs s'accordent sur les résultats négatifs que donne cet examen. Cependant on serait porté à croire, étant donné qu'une trompe

gravide augmente forcément de volume qu'il est facile de la percevoir comme toute tumeur annexielle. Il n'en est rien. Même avec un ventre souple, chez des malades qui ne souffrent pas beaucoup, il arrive souvent que l'on ne sente rien par le toucher.

La masse liquide constituée par l'Hémopéritoine ne donne pas non plus de masse perceptible comme dans l'hematocèle où le sang est coagulé et enkysté. On peut quelquefois trouver la tension des culs de sac postérieur, latéraux qui peuvent faire saillie dans le vagin. Schwartz (71) a trouvé de la fluctuation au niveau du cul de sac postérieur. En principe tout est libre et souple. Mais ce qui est moins rare c'est la douleur provoquée par le toucher.

L'exploration du cul de sac de Douglas est capitale à ce point de vue. On y détermine la plupart du temps une douleur très vive qui provoque une certaine réaction même chez les malades en demi syncope. Proust (62) a beaucoup insisté sur ce « cri du Douglas ». Il est certainement d'un précieux secours quand il existe. Dans nos observations, nous ne l'avons malheureusement pas trouvé. Les culs de sac latéraux peuvent être aussi douloureux à l'examen. Ils ne le sont pas toujours du coté de la rupture. Nous publions une observation (4) où une rupture de la trompe gauche, donna de la douleur au niveau du cul de sac droit. De plus nous saovns que les appendicites pelviennes déterminent des douleurs du cul de sac vaginal droit, quelquefois il n'y a pas du tout de douleur.

L'état de l'utérus n'offre rien de bien net. Le col est quelquefois mou, souvent normal. Le corps est un peu augmenté de volume. En somme par le toucher, on peut trouver de précieux symptomes, dans certains cas; dans d'autres cet examen n'offre rien pour nous guider.

Diagnostic

Nous avons envisagé en cours de route tous les symptomes propres à l'appendicite et l'inondation péritonéale. Nous avons vu qu'il est difficile dans certains cas de faire la différenciation. Ainsi nombre d'auteurs se sont trompés, beaucoup d'autres feront encore des erreurs, étant donné que rien de pathognomonique ne vient nous guider pour le diagnostic. Aucun symptome précis ne vient trancher le diagnostic hésitant. « Tous, comme le dit si bien Fesq (27) peuvent prêter à confusion ». Mais tous doivent être recherchés, interprêtés. Peut être en les étudiant bien, en faisant la synthèse de tous les résultats fournis par l'examen, on pourrait arriver à dépister l'affection en cause. Il convient d'insister sur certains symptômes qu'il faut toujours analyser de très près quand on a le moindre doute.

La pâleur cireuse de la face trompe rarement. L'état syncopal sur lequel nous avons tant insisté est capital, et peut quand il est net aider énormement pour le diagnostic. L'absence de règles, les hemorragies de sang noirâtre, la douleur du Douglas, nous pa-

raissent d'excellents signes d'Hemoperitoine gravido-tubaire. Le cri du Douglas, prend de l'importance, quand il est associé aux autres signes. Enfin, il faut insister sur le pouls grimpant, ce qui nous ramène à dire que l'évolution est le seul moyen de contrôler les symptomes et de les rattacher à leur véritable cause. Toutefois il vaut mieux ne pas trop attendre et faire une laparatomie exploratrice, chez les malades dont l'état est alarmant, d'autant plus que certaines malades peuvent faire à la fois grossesse tubaire et appendicite.

Mlle Beauvais (4) dans sa thèse cite deux observations de Tussau de Lyon concernant des malades ayant eu des lésions appendiculaires coexistant avec une trompe gravide. Quelquefois d'ailleurs on est tenté de faire le diagnostic d'appendicite chez les femmes ayant eu dans leurs antécédants des crises appendiculaires. On néglige un examen minutieux et l'erreur est fatale.

Ce n'est d'ailleurs pas seulement l'inondation peritonéale gravido tubaire qui a donné lieu à des erreurs. Korach (37) cite 2 observations où des Hemorragies ovariennes dues à la rupture des corps jaunes, simulaient absolument une appendicite.

Donc l'examen doit être minutieux, s'aidant d'une observation de quelques heures et si l'état général est alarmant, une laparatomie exploratrice sera le seul moyen de lever les doutes.

Traitement

Il est maintenant classique d'intervenir d'urgence dans les appendicites aigues. Nous ne discuterons pas cette opération systématique, pratiquée par la majorité des chirurgiens. Louis Bazy (11) attirait encore l'attention sur cette question à la Société de chirurgie, récemment. Nous envisageons l'appendicite dans ses 48 premières heures avant que les adhérences aient pu se constituer. Il va de soi que les cas d'abcès, de perforation avec péritonite, ne sont justiciables que du traitement chirurgical immédiat.

Est-ce que l'intervention pour grossesse extra utérine rompue est aussi un cas d'urgence? Hormis les cas d'inondation péritonéale dramatique qui tuent les malades si on ne fait pas rapidement la ligature de la trompe qui saigne, y a-t-il des ruptures tubaires qui peuvent attendre ?

Lenormant et Hartmann (40) disent ceci : « Une hémorragie libre n'entraine pas fatalement des accidents immédiats menaçants. Sans doute le drame tubaire est l'expression clinique de grandes inondations libres par rupture de la trompe, mais il y a aussi des hemorragies libres d'abondance moyenne

qui n'entrainent pas le syndrome alarmant des grandes hemorragies internes. Et plus loin: « Il est exceptionnel que la première hemorragie soit mortelle, nous voyons des raptus hemorragiques se faire à 10 jours d'intervalle ». Ainsi d'après ces auteurs, il est des inondations peritonéales moyennes qui peuvent attendre. C'est aussi notre avis. Mais, est-ce une raison pour surseoir à l'opération? Nous ne le croyons pas. Une malade qui a saigné, saignera. Un traumatisme quelconque, un effort parfois léger suffiront à déclancher une autre hemorragie dont-on ne pourra prévoir l'importance. Alors pourquoi, étant donné l'état général relativement bon de la malade, et partant les grandes chances de succès de l'intevention ne pas enrayer radicalement toute possibilité de rechute? Si comme Molin (52) on craint qu'un déplacement ne mobilise un caillot et détermine une hemorragie plus forte, on pourrait à la rigueur attendre en usant largement d'hemostatiques. Mais à bien réfléchir le danger est-il si grand? Ne voyons-nous pas des hemorragies tubaires nous arrivant en ambulance quelquefois en taxi, sortir guéries de l'hôpital? On attend seulement que les phénomènes de choc soient dissipés avant d'intervenir.

Ainsi dans le cas d'appendicite, il faut intervenir. Dans le cas d'inondation il faut intervenir. Le chirurgien se trouve dans 2 conditions. Où il fait franchement une erreur de diagnostic; où le diagnostic est hésitant.

A. — Le diagnostic d'appendicite est posé. On fait

une incision dans la fosse iliaque droite, on trouve du sang dû à une rupture tubaire. Quelle est la conduite à tenir dans ces cas-là? Les opinions sont partagées:

1°) Il s'agit d'une rupture de grossesse ectopique droite. Certains chirurgiens comme Delaunay (23) pensent qu'il est extrêmement facile d'étendre l'incision latérale autant qu'il est nécessaire et d'enlever les annexes. Thierry et de Martel (77) reprochent aux grandes incisions de saigner beaucoup;

2°) Il s'agit d'une rupture de la trompe gauche prise pour une appendicite. Est-ce qu'il est indiqué de se servir de l'incision iliaque droite pour faire la salpngectomie gauche? Delaunay pense encore que c'est facile et Legueu (43) cite une observation où il fit ainsi. Cette technique nous parait cependant assez délicate. Malgré tous les inconvénients d'une seconde incision sous ombilicale, nous la conseillons dans ces cas-là. Il nous parait donc préférable de refermer l'nicision iliaque ou en 3 plans ou d'une façon temporaire à l'aide d'une pince. Nous vantons avec Bonnet (9bis) l'avantage du champ iodé prêt dans ces cas là.

B. — *Le diagnostic est hésitant.*

1°) On craint une appendicite perforée avec peritonite ou une rupture de grossesse tubaire simulant l'affection précédante. Il n'y a pas de doute il faut pratiquer l'incision médiane sous ombilicale.

Dans tous ces cas d'ailleurs, il y a de fortes chances que ce soit la rupture tubaire qui soit en cause ;

2°) Où bien c'est la crainte de prendre pour une appendicite banale sans complications, vue dans les 48 premières heures, une grossesse ectopique rompue. Pourquoi ne pas faire, dans ces conditions une incision esthétique de Jayle, comme dans l'observation X. Les adhérences n'ont pas encore eu le temps de se constituer et l'appendice-etomie serait facile.

Avantages de cette incision. — C'est une incision esthétique. Elle se fait au ras des poils du pubis et ne laisse presque pas trace de cicatrice ; 2° Elle permet d'avoir du jour et sur l'appendice et sur les annexes droites. La salpingectomie de ce coté devient plus facile que par une incision latérale ; 3°) On peut surtout dans le cas de grossesse ectopique gauche rompue, et si cela devient nécessaire, transformer cette incision en un Pfanestiel, comme dans l'observation X ; on a alors tout le jour désirable. De toute façon cette incision évite d'ouvrir 2 fois l'abdomen.

Mais à coté de ses avantages certains nous devons avouer qu'elle a des inconvénients.

Inconvénients. — Jayle (36) lui-même d'ailleurs dans son article la conseille dans l'appendicite à froid. Il est certain que si l'appendice tient tant soit peu, la technique se complique. Mais une appendicite au début vient souvent assez facilement. Est-il, retro cœcal, ou peut être ennuyé.

Un autre inconvénient, c'est que l'opération peut être longue. Mais cela ne revient-il pas au même si on est forcé de faire 2 incisions. En dernier lieu, s'il fallait drainer on se trouverait embarrassé. Nous la conseillons dans la crise appendiculaire au début; il est rare qu'on soit obligé de drainer. Pour les cas d'Hemorragie tubaire, il est de pratique courante de tout fermer. Ce qui importe donc, c'est d'opérer au début.

D'ailleurs ayant fait un bilan de ce qui est bien et de ce qui ne l'est pas, avec la voie d'abord sus pubienne, le chirurgien jugera d'après chaque cas particulier de la conduite à tenir. Faut-il enlever l'appendice même quand il n'est pas malade; faire une appendicectomie préventive? Certains chirurgiens la conseillent. Tout dépend de l'état de la malade. Le seul risque est l'anesthesie car une fois les pédicules liés, il n'y a pas beaucoup d'inconvénient à ce que l'opération dure 2 à 5 minutes de plus. Nous croyons donc avoir envisagé cette question du traitement sous ses différentes formes. Ayant eu l'occasion d'obtenir des résultats heureux de l'incision esthétique de Jayle, nous avons essayé d'établir ses indications. La Pathologie n'a malheureusement pas de loi, et les précisions nous manquent souvent. Cependant, les données symptomatiques jointes à l'expérience clinique peuvent nous permettre de prévoir le cas particulier.

OBSERVATION I

(*Personnelle.*)

M. C., 22 ans, entre le 22 décembre à 14 heures dans le service du Dr. Lapointe pour appendicite.

Elle fut prise à 7 heures, de fortes douleurs abdominales, véritables coliques localisées dans la fosse iliaque droite, ne tardant pas à irradier dans tout l'abdomen et augmentant d'intensité. 10 minutes après, syncope. Pas de nausées pas de vomissements. Température 37°. Selles. Réglée normalement d'habitude. Ses dernières règles datent du mois de septembre. Au mois d'octobre, quelques petites pertes rosées ayant duré 2 jours. Au mois de novembre elle voit 2 fois en 15 jours, écoulement assez abondant de sang rouge liquide. Pas de symptômes sympathiques de la grossesse.

Examen. — Femme pâle, muqueuses rosées. Pas de colostrum. Température 37°1, pouls 90. Langue étalée, humide.

L'abdomen respire. Pas de météorisme. La palapation de la fosse iliaque droite réveille une douleur assez vive, sans réaction de défense.

Toucher. — Culs de sac souples. Douglas un peu douloureux.

Intervention. — Laparatomie médiane sous ombilicale Nous trouvons une rupture de la trompe gauche. Ablation des annexes, suture en 3 places.

OBSERVATION II

(*Bonnet, Inédite, Rivierez.*)

M. O., 21 ans, entre dans le service du Docteur Lapointe le 29 juillet 1924 pour appendicite.

Elle fut prise de douleurs dans la fosse iliaque il y a 3 jours, sans vomissements. Quelques nausées. Constipation Pas de syncopes, ni vertiges. Depuis cette époque, elle souffre de sa fosse iliaque droite, mais elle n'est pas alitée.

Règles normales, le mois précédent, mais queques jours après, pertes de sang noirâtre, mais ayant duré peu de temps.

Examen. — Facies rosé, langue normale, pouls à 80 Température 37°2.

Abdomen souple partout, selle dans la matinée.

La palpation révèle de la douleur dans la fosse iliaque droite, mais elle est plus vive au point de Mac Burney. Pas de contracture. Diagnostic, appendicite.

Toucher. — Rien de particulier.

Intervention. — Incision esthétique de Jayle on trouve du sang. On fait un Pfanestiel. Rupture de grossesse extra utérine droite, ablation des annexes droites. Guérison.

OBSERVATION III

(*Inédite, Bertrand.*)

M. D., 29 ans, entre le 17 mars 1924 dans le service du Docteur Lapointe, pour douleur de la fosse iliaque droite avec vomissements.

Dernières règles 15 avril aussi abondantes que d'habitude. Donc retard 2 jours.

Le 17 mars 1925 à 7 heures du soir nous voyons la malade. Elle dit avoir été prise à midi brusquement d'une forte douleur, dans la fosse iliaque droite.

Quelques temps après, vomissements alimentaires. Pas de température, pas de selle. Aucune tendance à la syncope, aucun vertige.

Continuant à souffrir elle rentre à l'hôpital.

Examen. — Malade un peu pâle, pas de tendances syncopales ,muqueuses colorées, langue humide, extrémité chaudes. Pouls 90. Température 38°.

La palpation de l'abdomen réveille une douleur dans la fosse iliaque droite. Contracture musculaire.

Toucher. — Culs de sac souples, non douloureux.

Le doigt ne ramène pas de sang. Diagnostic appendicite.

Intervention. — Incision de Mac Burney-Sang. Fermeture en 3 plans. Incision médiane sous ombilicale. Rupture d'une grossesse tubaire droite. Salpingectomie en coin, appendicectomie, mais rien à l'appendice.

OBSERVATION IV

(*Lapointe, Inédite, Bartet.*)

Mlle J., 25 ans, entrée dans le service le 5 novembre 1925 pour douleurs abdominales.

Réglée normalement depuis l'âge de 13 ans.

Le 8 septembre. — règles normales.

Le 8 octobre. — Elle dit avoir eu des règles normales.

Mais l'interrogatoire apprend qu'elles consistaient en quelques pertes noirâtres, peu abondantes, pendant 2 jours. Rien depuis cette époque.

Le 4 novembre. — Douleur brusque à 7 heures du soir, dans le bas ventre et à droite, sans vomissements, sans fièvre.

Le lendemain l'interne de garde voit la malade et en présence de la douleur tant spontanée que provoquée dans la fosse iliaque droite fait le diagnostic d'appendicite.

M. Lapointe voit la malade le lendemain à 10 heures. Douleur dans tout le ventre, mais surtout à droite. Elle est pâle, muqueuses décolorées, pouls 110, température 38°, 2 défaillances. Elle a eu des gaz. Pas de pertes.

Toucher. — Tout est souple. Cul de sac postérieur un peu douloureux, ainsi que le cul de sac droit. Rien à gauche. Diagnostic. Grossesse extra utérine droite prise pour appendicite.

Intervention. — Incision médiane sous ombiicale. Sang annexes droites saines. Trompe gauche rompue, ablation des annexes gauches. Guérison.

OBSERVATION V

(*Lieutaud, Inédite.*)

Mme B., 38 ans, entre le 29 novembre, salle Léon Lefort pour douleur de la fosse iliaque droite. Toujours bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Il y a 3 ans, elle eut une hémorragie ayant duré 15 jours. 2 accouchements normaux.

Dernières règles, 5 novembre. Jusqu'au 27 novembre rien de particulier. A ce moment pesanteur perinéale. Pas de paleur, pas de douleurs, pas de vomissements. Le 30, douleurs brusques ds tout le ventre, suivies de vomissements. La douleur se iocalise ensuite dans la fosse iliaque droite. Pas de matières ni gaz. Le lendemain elle rentre à l'hôpital. Elle n'a pas présenté, la moindre tendance à la syncope ni aucune perte.

Examen. — Paleur peu marquée, pas de tendances syncopales, pouls 100, température 38° 5, langue humide. La palpation réveille de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite. Contracture légère étalée.

Toucher. — Col en avant, culs de sac souples, indolores. Le doigt ne ramène pas de sang.

Diagnostic, appendicite.

Intereυntion. — Incision de Roux. Sang. Fermeture de l'incision iliaque. Incision médiane sous ombilicale. Rupture de grossesse extra utérine droite. A noter que l'ovaire gauche présentait un Kyste hématique.

OBSERVATION VI

Bonnet. — Extrait de gynécologie et obst.
Tome XII, 1925 *N°* 1.
(*Résumée.*)

M. R., 25 ans, entre dans le service du Dr. Proust le 31 octobre pour douleur brusque, violente de la fosse iliaque droite, ayant obligé la malade à s'aliter. Pas de vomisse-

ments. Les phénomènes seraient apparus le 28 dans la matinée.

Le 30, après une purge, douleurs et vomissements verdatres. La malade entre à l'hôpital le 31 avec arrêt des matières et des gaz depuis la veille.

Examen. — Malade pâle, mais sans tendances syncopales. Traits tirés.

A la palpation défense musculaire dans toute la partie inférieure de l'abdomen, mais plus marquée au niveau de la fosse iliaque droite.

Toucher. — Col très en arrière, cul de sac antérieur bombant dans le vagin, renitent et extrêmement douloureux à la pression.

Les culs de sac latéraux sont aussi douloureux, aucune masse n'est perçue. Le doigt ramène un peu de sang noirâtre. Cependant la malade dit avoir eu ses dernières règles normales et sont terminées depuis 4 jours. La température est à 38°2, pouls petit 180. Diagnostic : péritonite généralisée par perforation d'une appendicite.

Intervention. — Incision de Mac Burney. Sang. Fermeture et incision médiane. Rupture de grossesse extra utérine droite.

Ablation des annexes droites. Fermeture suite normale.

N° 7. OBSERVATION de MM. Page et Perey rapportée à la Société de Chirurgie, séance du 1e juillet par M. Mathieu.

« Il s'agit d'une femme agée de trente trois ans mariée depuis 5 ans. Elle n'a pas eu d'enfants, elle n'a pas fait de fausse couche antérieure. Quelques mois avant les accidents

que nous relatons plus loin, elle a présenté une métrite hémorragique assez tenace pour laquelle un curettage fut nécessaire.

Le 10 avril 1924 l,un de nous fut appelé d'urgence pour une appendicite aigue survenant au cours d'une grossesse diagnostiquée. La grossesse suivie par le médecin était d'environ 2 mois. Dans les 2 semaines qui avaient précédé, la femme s'était plainte de douleurs à type de coliques et ces douleurs étaient localisées dans la fosse iliaque droite. Les douleurs étaient passagères et ne l'avaient que peu inquiétée.

Le 10 avril à 10 heures du matin elle ressent dans la fosse iliaque droite une douleur extrêmement brutale en coup de poignard.

Appelés en consultation quelques heures plus tard voici ce que nous constatons.

Femme un peu pâle mais n'ayant nullement l'aspect d'une femme qui a beaucoup saigné. Le pouls est bon, un peu rapide avec 100. La température est à 37°6.

L'examen du ventre le décèle, légèremnt balloné mais il respire bien, il n'y a pas de contracture. La palpation de la fosse iliaque droite *est très douloureuse.*

Au toucher. — On trouve un col dégèrement ramolli et un corps correspondant à un utérus d'environ deux mois.

Les culs de sac sont souples. Le Douglas ne semble pas douloureux .

On pense à une appendicite au début chez une femme enceinte et on intervient à 4 heures de l'après-midi, 10 heures après le début des accidents.

Anesthésie. — Chloroforme.

Incision au bord externe du grand droit. A l'ouverture du péritoine on trouve du sang liquide baignant le cœcum. L'appendice est parfaitement normal. On agrandit l'incision en bas et on trouve le petit bassin presque rempli de sang. La trompe droite est rompue à 1cm. environ de la corne urétine et l'orifice est obstruée par un caillot. On enlève la trompe et on laisse l'ovaire.

Dans le cas particulier on a pu sur cette ovaire constater la présence d'un corps jaune, aussi sa conservation nous a-t-elle paru plus importante encore.

Pendant l'opération, on remarque que l'utérus est gros, plus gros que ne le comporte une grossesse extra utérine d'environ 2 mois.

On ferme sans drainage.

En omme, grossesse extra utérine coexistant avec une grossesse normale. Evolution à terme de la grossesse normale.

OBSERVATION VIII

Savariaud. In thèse Aguinet obs. 18
(*Résumée.*)

Femme de 40 ans, entre à 7 heures du soir dans le service du Dr. Tarnier. Diagnostic : appendicite. Collection de la fosse iliaque droite. Température. Pas de signes d'H.I. Incision de la fausse iliaque droite. Sang noir. Quelques caillots non organisés. Au moment où on les dilacère survient une hémorragie artérielle. On enlève la trompe droite

contenant un fœtus vivant de 3 mois. Ligature pénible à cause de l'incision latérale. Le lendemain bon pouls, température normale. Mort quelques jours après par injection de sérum septique.

OBSERVATION IX

d'Alglave, In thèse Aguinet 5

(*Résumée.*)

Femme de 24 ans, entrée le 20 avril 1901 salle Lisfranc. Règles régulières fin février, puis retard de 6 semaines. Réapparition des règles le 8 avril, abondantes, durent 4 jours. Le 18 avril, douleurs violentes, pelviennes. Syncopes, vomissements.

Entre à la Pitié le 20 avril. Elle est pâle, traits tirés.

Elle souffre atrocement du ventre surtout à droite. Température 39°2. Pouls 140. Ventre ballonné, douloureux surtout à droite. Dépense musculaire. Submatite à droite. Diagnostic : appendicite à grand foyer. Incision de Roux. Flot de sang, on agrandit l'incision. Trompe droite rompue. Rien à gauche. Guérison.

OBSERVATION X de Peyrot

In thèse Aguinet 14

Incision de Jalaguier. On pensait à une appendicite avec péritonite diffuse.

On trouve une grande quantité de sang libre et de caillots, environ 1 litre 1/2.

Pas d'adhérences. La trompe droite est rompue dans sa portion isthmique, son pavillon est libre et perméable. Ablation des annexes droites de la plus grande partie des caillots. Fermeture du ventre sans drainage. Guérison.

La malade qui allaitait depuis 6 mois avait été prise brusquement l'avant veille au soir d'une vive douleur de la fosse iliaque droite. A son entrée à l'hôpital, le pouls était faible 130, labdomen distendu et douloureux partout : au toucher, utérus mobile et annexes non douloureuses. La femme n'étant plus réglée, il était impossible d'avoir la notion d'une grossesse possible. Guérison.

OBSERVATION XI

Fesq. In thèse Aguinet X

Femme de 37 ans, avec dernières règles le 14 janvier, est prise le 1e février de douleurs de la région ano rectale. Pas de syncopes. Le 2 légère atténuation, mais le 3 les douleurs intolérables obligent la malade à rentrer à l'hôpital.

Pouls rapide. Température 36°5, langue humide, abdomen douloureux partout. Rien au toucher. Diagnostic : appendicite avec péritonite généralisée. On trouve l'état trop grave pour opérer. Opération le lendemain. Il s'écoule une grande quantité de sang. Trompe gauche rompue. Ablation des annexes de ce côté. Mort.

OBSERVATION XII

In thèse (*Aguinet* 8)
(*Résumée.*)

Malade trente ans entre à l'hôpital ayant été prise la veille d'une violente douleur du côté droit du ventre avec sueurs froides et syncope proongée. Elle vomit et ne rend ni matière ni gaz. Le toucher vaginal révèle seulement un col mou qui fait penser à une grossesse extra utérine.

L'état général étant grave (extrémités refroidies), pouls filiforme et fuyant, facies péritonéale. On opère d'urgence.

Laparatomie médiane au lieu de l'incision appendiculaire à laquelle on avait songé tout d'abord. La trompe droite est rompue à un centimètre de l'utérus. On enlève aussi les annexes gauches, l'ovaire était kystique et des adhérences retenaient la trompe loin de lui. Guérison.

OBSERVATION XIII

In thèse Fesq. 1).
(*Résumée.*)

D. B., 32 ans entre dans le service du Dr. Potherat le 25 février 1911.

Réglée à 14 ans et toujours régulièrement. La veille de son entrée, elle a présenté des phénomènes abdominaux graves attribués à une indigestion de moules.

A l'examen. — Douleurs intenses généralisées à l'abdomen tout entier avéc prédominance dans la fosse iliaque droite. Ni matière, ni gaz depuis 2 jours. Vomissements

muqueux. Facies pâles, yeux excavés, traits tirés, respiration superficielle, ventre considérablement augmenté de volume. *A la palpation* abdomen dur et tendu surtout à droite où l'on provoque le maximum de douleur au point de Mac Burney avec défense musculaire. *Toucher :* culs de sac souples, indolores, mais légères douleurs au niveau du cul de sac droit.

Température 37°5. Pouls 130. Diagnostic appendicite.

Intervention. — Incision de Mac Burney. Sang. Rupture de la corne utérine droite. Ablation des annexes de ce côté. Guérison.

OBSERVATION XIV

(*De Launay, Séguinot, in thèse Fesq* VI.)
(*Résumée.*)

M. C., 26 ans. — Pas d'antécédents.

Le 21 octobre 1910, douleurs brusques, violentes de la fosse iliaque droite, avec vomissements alimentaires, D : appendicite. Les phénomènes généraux augmentent, l'état général devient mauvais, et la malade rentre à l'hôpital.

A son entrée, elle se plaint de douleur du flanc droit avec vomissements. *Palpation :* contracture des droits, ventre de Bois. Matité dans la fosse iliaque droite, s'étendant de la région sous hétatique à la cavité pelvienne. La palpation très douloureuse ne montre pas de plastron. Rien au toucher. Température 38°, pouls 100, langue sèche, yeux excavés, nez pincé.

Diagnostic appendicite. — Les jours suivants la tempé-

rature tombe à 37°5, les douleurs diminuent, la langue devient humide, l'état général meilleur. Le 27, Ictere. Le plastron de la fosse iliaque droite toujours étendu et dur.

Jusquau 14 novembre, rien de plus. A ce moment le diagnostic de grossesse extra utérine rompue fut fait.

OBSERVATION XV

(*Cheval'ier. In these Pa*[illegible] 2.)

Malade de 27 ans entre le 16 septembre dans le service de M. Bazy. Le 5 juillet, règles normales. Le 5 août rien.

Le 12 août métrorragie se prolongeant pendant plusieurs jours. Du 12 au 31 douleurs intermittentes dans la région lombaire. Jusqu'au 13 cet état dure sans changement appréciable. A ce moment douleurs abdominales vives, lancinantes siégeant à l'ombilic. Le lendemain vomissements. Le 15, syncopes. Le 16, l'état est le suivant, température 38°, pouls 132. Ventre ballonné. Douleurs abdominales généralisées avec maximum à droite. Submatite des flancs. Pertes rosées. Facies péritonitique, yeux excavés, nez pincé. Langue humide, soif vive.

Toucher : culs de sac souples indolores, col fermé.

Le soir la température était à 38°2, le pouls 140.

Le 18 la malade se trouve mieux. Température 38°, pouls 128. Pas de vomissements, pas de selles, douleurs à droite.

Intervention : Incision de Roux, sang. On agrandit, on trouve un fœtus avec trompe rompue. Guérison.

(*Gasbarrini, In Reforma Medical* 1910 *page* 88.)

OBSERVATION XVI

(*Résumée.*)

P. I., 29 ans entre àla clinique le 1e juillet 1902 pour douleurs de la fosse iliaque droite. Constipation et fièvre. *Examen :* abdomen un peu volumineux, tynpanisme. Douleur dans la région ileo-cœcale. Défense musculaire, cul de sac latéral droit douloureux. Aucun écoulement par les voies génitales.

Dans les antécédents, crises appendiculaires. Jusqu'ici bien réglée. Absence de retard.

Diagnostic : Appendicite aigue avec péritonite, circonscrite dans la fosse iliaque droite et dans l'espace de Douglas.

Intervention : Incision para médiane droite. Sang. On constate une rupture de la trompe droite. Ablation des annexes de ce côté. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XVII

(*Gasbarrini. Reforma Medical* 1910 *page* 88.)
(*Résumée.*)

B., 26 ans, prise brusquement le 22 avril 1906 de douficielle, vomissements, constipation, température 38°. L'abdomen avec vomissements et syncopes. A son arrivée, la malade est très pâle, pouls petit rapide, respiration superficielll, vomissements, constipation, température 38°. L'abdomen et un peu distendu. Dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen, douleur et défense musculaire. La

douleur a son maximum au point de Mac Burney. Culs de sac vaginaux souples, indolores.

Antécédents : crises appendiculaires. Toujours réglée irrégulièrement, a en ce moment un retard de 20 jours.

Diagnostic : péritonite appendiculaire.

Intervention : Laparotomie para médiane droite. Sang. Trompe droite rompue. Ablation. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XVIII

(*Cathomas-Beitrage Zur Kl. ch.* 1909, *page* 65.)
(*Résumée.*)

R. H., agée de 21 ans est prise le 14 janvier à 10 heures après un léger effort, de vives douleurs dans le bas ventre et s'écroule à moitié évanouie. Vomissements. *A l'examen* elle est très pâle, pouls 150. Température 39°3. Ventre légèrement balloné, et partout très sensible, avec maximum de sensibilité cependant au niveau de la région ileo cœcale où on perçoit une résistance diffuse. *Au toucher* rien. *Diagnostic :* pérityphlite avec processus de perforation en train.

Le 15, la température est à 40, le pouls 130, extrémités et bout de nez froids, muqueuses décolorées, langue sèche, soif intense. Pouls 148, abdomen balloné, douloureux particulièremnt au niveau de la fosse iliaque droite. Matité de forme semi lunaire à ce niveau.

Toucher : les culs de sac sont un peu douloureux. Voussure au niveau du cul de sac droit.

Opération : Laparatomie médiane. Sang. Trompe droite rompue. Résection. Fermeture sans drainage. Guérison.

OBSERVATION XIX

(*Cathomas. Beitrage Zur Kl. ch.* 1909, *page* 65.)
(*Résumée.*)

A. M., 37 ans. Malade ayant une annexite ancienne, fut prise ces jours derniers de douleurs dans le côté droit du ventre, les douleurs augmentèrent d'intensité.

Le 14 juillet. Ce matin, les douleurs furent extrêmement violentes, spécialement en bas et à droite. Elle a vomi 2 fois. Appelé à 7 heures je fis le diagnostic de pérityphlite perforé.

Toujours irrégulièrement réglée depuis l'âge de 20 ans. 2 accouchements à terme. En 1901 crise d'appendicite. En 1903, 2e crise.

Examen : Anémie marquée, soif vive, langue sèche Pouls petit à peine perceptible. Température 35°2. Abdomen balloné, sensible surtout dans la fosse iliaque droite Résistance diffuse.

Opération : Incision pour appendicite. Sang. Déchirure de la trompe droite. Résection de la trompe. Fermeture Guérison.

OBSERVATION XX

(*Cathomas. Beitrage Zur Kl. ch.* 1909 *page* 66.)

Maué S., 27 ans. Toujours réglée régulièrement depuis l'âge de 17 ans. 2 enfants à terme, un avortement. Dernières règles le 7. 4. 08. Le 21. 5. 08, elle fut prise de for-

tes douleurs du côté droit du bas ventre. Pas de syncopes, pas de vomissements. Compresses chaudes.

Rémission.

Le 25, 5. Nouvelle crise semblable. Le 26 5. Douleurs plus violentes à droite. Du 27 au 30 rien. Le 30 les accès recommencent. Elle rentre dans le service.

Examen : facies anxieux, front couvert de sueurs, muqueuses colorées. Pouls 90, Température 37°4, langue propre humide. L'abdomen n'est pas ballonné. Dans la fosse iliaque droite, douleur à la pression. Le ventre par ailleurs est souple et non douloureux. *Toucher :* cul de sac droit très douloureux. *Diagnostic* hésitant entre appendicite et grosesse tubaire.

Opération : Incision pour appendicite. Après l'ouverture du péritoine. Sang. Trompe droite rompue. Résection. Mèche iodoformée. Mort par péritonite.

LEGRIEU

(*Société de Chirurgie de Paris*, 8 *octobre* 1902.)

N° I. — Appelé en ville auprès d'une malade de 48 ans qui trois jours avant en portant un fardeau avait ressenti *à droite* une douleur extrêmement vive, syncopale qui s'accentue rapidement. Le ventre se ballonnait. Constipation. Température. Le lendemain douleur toujours à droite, température 38°5.

On l'opère pour appendicite. On reconnait l'épanchement de sang à l'intervention. Trompe gauche rompue. Opérée par l'incision droite.

N° 2. — Femme de 22 ans prise brusquement de douleurs très vives. Vomissements, syncope. Le lendemain douleur dans tout le ventre, mais surtout à droite. Température à 38°. Pouls à 130. *Pas de retard de règles. Pas de pertes.*

A l'ouverture., inondation péritonicale, 2 incisions Trompe gauche rompue.

Conclusion

1°) Nous avons envisagé les cas d'inondation peritonéale dûe à une interruption de grossesse tubaire, d'abondance moyenne, ne donnant pas la symptomatologie, classique et se revelant pas des signes licalisés dans la fosse iliaque droite.

Cette variété d'hemorragie consécutive à la grossesse extra utérine n'est pas exceptionnelle, nous en rapportons cinq cas inédits et 16 cas dans la littérature.

2°) Nous avons montré dans l'étude clinique tous les éléments possibles de confusion avec l'appendicite. C'est dire que dans un cas comme dans l'autre, les symptomes tant fonctionnels que généraux n'ont rien de caractéristiques. L'association de symptômes génitaux n'est pas constante et nous avons vu comment il fallait les interpréter. L'examen physique ne nous met pas à l'abri de l'erreur, même quand la rupture siège à gauche (obs. 1, 21).

3°) Le diagnostic différentiel est souvent très difficile. Il faut faire un groupement serré de tout ce qu'apporte l'examen, s'aidant surtout de certains symptomes comme le retard des règles quand il existe,

la paleur, l'état syncopal, les pertes de sang noirâtre, la rapidité progressive du pouls. Ces signes peuvent aider à faire le diagnostic.

4°) Ce qu'il importe surtout en chirurgie c'est le diagnostic de l'intervention, qu'il s'agisse d'une appendicite ou d'inondation peritonéale, il faut opérer. La difficulté est de choisir la bonne incision. Nous avons envisagé les différentes techniques. Le chirurgien jugera d'après chaque cas particulier de la conduite à tenir.

Vu : Le Doyen
ROGER

Vu : Le Président de la thèse
J. L. FAURE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Nos 1. — AGUINET : (Thèse, Paris 1903.) De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques.

2. — ALBERTIN et DESGOUTTES : De la grossesse tubaire. (Lyon chirurgical, 1909.) Tome 1.

3. — BELAICHE : (Thèse, Paris 1925.) Signe du Douglas dans les ruptures de grossesses extra utérines.

4. — Mlle BEAUVAIS : (Thèse, Paris 1925.) Appendicite et Hématocèle.

5. — A. E. BENJAMIN : Association or confusion of appendcitis with other diseases of the female pelvis. J. Minn. W. Ass. etc. Municapolis 1908. XXVIII. 159-162.

6. — BEVAR (A. D.) : Ruptured extra utérine pregnancy. Confusion with, appendicitis. Surg. clin. Chicago 1918. 11. 65.

7. — BOUILLY : Notes sur la grossesse extra utérine. (La gynécologie, 1918, page 13.)

8. — BOUCHERON : Revue critique de Médecine et de Chirurgie (mars 1910).

9. — BUDIN : Société de gynécologie et d'obstétrique (1897).

9 *bis*. — BONNET :Etude sur le diagnostic de l'inondation péritonéale et de l'appendicite aigue, gynécologie et obst. (T. XII, juillet 1925).

10. — BAR. BRINDEAU, CHAMBERLANT : La pratique des accouchements. (Asselin. Houzeau, 1914.)

11. — LOUIS BAZY : Société de Chirurgie (13 mai 1925).

12. — CATHOMAS : Die differential diagnose Zwischen akuter. Appendicitis und Ruptur einer graviden tube (Beitrage zur klinische chirurgie, novembre 1909. B. LXI page 148).

13. — CHEVALLIER PECQUET : Société de chirurgie 1902 (N° 30).

14. — CAZIN : Appendicite et grossesse tubaire (Paris chirurgical, février 1910, page 109).

15. — CALIRI : Annali di obstretica e gynecologica (avril 1910, page 305.) Contributo allo studio della leucocitosi e della formula lencocitaria nelle suppurazione pelviche a Nella gravidanza extra uterina.

16. — CELOS : (Thése, Paris 1901-1902.) Sur le diagnostic d'urgence chez l'adulte des maladies de l'abdomen qui se traduisent par un syndrôme péritonéo abdominal.

17. — CHOYAU : Contribution à l'étude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire. Thèse, Paris 1896.)

18. — Sur une série de cas de grossesse extra utérine. (Bulletin de la Société de chirurgie, 1902, page 902.)

19. — CESTAN : Les Hémorragies et l'hématocèle pelviennes intra péritonéales. (Gaz. des Hôp., 1896, n°82.)

20. — COUVELAIRE : Revue de gynécologie et chirurgie abdominale (1902, n° 1).

21. — DUPLAY, ROCHARD, DESMOULINS : Diagnostic chirurgical (page 441).

22. — DELAUNAY : Paris chirurgical (février 1910, page 110).

23. — DELAUNAY : Société des chirurgiens (Paris, février 1920).

24. — DOLERIS : Sur le traitement de la grossesse ectopique. Ann. de gyn. et obst. (mai 1900, page 397).

25. — DOLORIS : Traitement de la grossesse ectopique. (La gynécologie, 15 juin 1900, page 203.)

26. — DARTIGUES : Société des chirurgiens de Paris (février 1920).

27. — FESQ : (Thèse, Paris 1911-12.) Grossesses extra utérines et appendicite.

28. — J. L. FAURE et SIREDEY : (Traité de gynécologie, 1923, page 1104.)

29. — FORGUE et MASSABUAU : Gynécologie.

30. — GASBARRINI : E. sempre possibile la diagnosi differenziale fra gravidanza subarica destra rotta nel peritoneo e peritonite appendicita. (Riforma médical, 1910, page 80.)

31. — GUILLAUME : (Thèse, Paris 1911.)

32. — GUILLAUME : Le sympathique et les symptômes associés (Masson 1922).

33. — HERMES : Erfahrungen uber Veranderungen der

Wunnfortsatzes bei gynakologischen Erkrankungen (Deutche Zeitschrift f. chir. avril 1923. Br. L. XVIII, page 191.)

34. — HEAD : In Brain (1894-1895-1896).

35. — HOFFMANN : Centralblatt fur chirurgie (1908, page 533).

36. — JAYLE : Incision esthétique sus-pubienne transversale, latérale dans l'oophoro, salpingectomie unilatérale et l'appendicectomie à froid. (Presse médicale, 1920 N° 1.)

37. — KORACH (de Hambourg) : Appendizitus u. Ovariablutunzen.

München. Mediz. Wochenschrift. (17 juillet 1925, N° 29, page 1199-1200.)

38. — KAKOUCHKINE : Matériaux cliniques sur la grossesse extra utérine. Analyse, in journal de chirurgie, (mars 1923, page 395.)

39. — LAIGNEL, LAVASTINE : L'éosinophilie sanguine signe d'appendicite. Société médicale des Hôpitaux (19 avril 1901).

40. — LENORMAND, HARTMANN : Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire. (Revue de gynécologie et de chir. abd. Tome XXXIII, page 273.)

ID. : Nouvelle contribution à l'étude cliniquee et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire (Tome VII, page 273).

41. — LOMER : Zur Beurtheilung des Schmerzes in der gynokologie. Bergmann Wiesbaden (1899).

42. — LE DENTU et DELBET : Traité de chirurgie (1910). Baillière.

43. — LEGUEU : Diagnostic entre la grossesse extra-utérine et l'appendicite. Société de chirurgie de Paris (8 octobre 1902).

44. — LONGYEAR : Diagnosis and treatment of ect. pregnancy. Annals of gynécology aud Paed. Boston (avril 1897, page 387).

45. — LAUNAY, SEGUINOT : Etudes sur les grossesses tubaires bilatérales simultanées a propos d'un cas de grossesse tubaire à 3 fœtus. (Revue de chirurgie 1911, page 401.)

46. — LAPOINTE : L'interruption de la grossesse tubaire. Son mécanisme, ses conséquences. (Sciences médicales, 15 juin 1924.)

47. — LAFFONT, AMÉDÉE : La douleur élevée dans la grossesse extra-utérine. Un nouveau signe de rupture tubaire. (Presse médicale, 23 février 1924, n° 16, page 167).

48. — MATHIEU : Rapport à la société de chirurgie le 1e juillet 1925.

49. — MURET : Diagnostic différentiel de la grossesse extra utérine. (Revue de gynécologie et chir. abd. 1898, n° 4, page 947.)

50. — ID. : Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide (Ibid. 1898, n° 2, page 196).

51. — ID. : Gynécologie et obst. (1923. Tome VII, n° 2, page 122).

52. — MOLIN : De l'intervention dans les grossesses extra-utérines rompues. (Lyon chirurigcal 1921, XXIII, page 554-557.)

53. — MELOF : Dangers du traitement non opératoire en cas de grossesse extra-utérine. Vratch (n° 25, juillet 1901).

54. — JAMES MACKENSIE : Les symptômes et leur interprétation. (Paris Félix Alcan 1920.)

55. — NOERMANN : Appendicite et grossesse extra-utérine. Munchener. gyn. gesells (1907).

56. — PARTURIER : Sémiologie biliaire.

57. — POZZI : (Traité de gynécologie 1907. Bulletins de la Société de chirurgie, 1899 ,page 856.)

59. — PELLET : De la coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utrine. (Thèse, Lyon 1908-1909.)

60. — R. PROUST : De l'indication opératoire dans les grossesses tubaires. (Gaz. des Hôp. 1914, n° 6, page 88.)

61. — ID. : Chirurgie de l'appareil génital de la femme. (Paris Masson 1913-1922.)

62. — ID. : Le signe du Douglas dans les ruptures de grossesse tubaire. (Paris médical, 7 août 1920.)

63. — PINARD : Documents pour servir à l'histoire de la grossesse tubaire (G. Steinheil, 1892).

64. — ID. : Socité d'obstétrique, de gynécologie et de Pédiatrie (20 octobre 1902).

65. — PHILIPPE, ROCHET et LABRY : Société de médecine et société nationale de médecine de Lyon (12 mars 1924).

66. — ROUTIER, TUFFIER, HARTMANN : Bulletin de la société de chirurgie (1899, page 855 à 857).

67. — RIBEMONT, DESSAIGNES, LEPAGE : Précis d'obstétrique (1923, Masson).

68. — SEGOND : Traitement des grossesses extra-utérines (Congrès de Marseille octobre 1898). Ann. de gyn. et obst. (octobre 1898, page 241))

69. — SIPPEL : Deutch. méd. Woch. (septembre 1922).

70. — SOUPAULT et JOUAUST : Appendicite larvée et troubles menstruels. (Société médicale des Hôp., 27 novembre 1907).

71. — SCHWARTZ : Bulletin de la Société de chirurgie (1899, page 928).

72. — TEMOIN : Association française de chirurgie. (Congrès 1903.)

73. — TUFFIER : Hémodiagnostic de l'appendicite (semaine médicale, 26 juin 1901).

74. — TURMANN : L'hématocèle rétro utérine. (Thèse, Paris juillet 1925.)

75. — TUSSAU de Lyon : Appendicite et grossesse extra-utérine. Rapp. M. H. Blanc. Société de chirurgie 1e mars 1925).

76. — THOMAS : A propos du diagnostic de la rupture de la grossesse extra-utérine dans les premières semaines. (Le médecin d'Alsace et de Lorraine 1922).

77. — THIERY et de MARTEL : Société de Chirurgie de Paris (février 1920).

78. — WIDAL : Bulletin de la Société Médicale des Hôp. (1901, page 368). Discussions.

79. — WEBSTER : Intra péritonéal hœmorrhage in relation to ectopie gestation Ann. gyn. aud obst. (mars 1900, page 434).

80. — WILLETTE : De l'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire sans rupture. (Thèse, Paris 1910.)

360

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Robin